suva

Schulungsnachweis
Augen schützen wie ein Profi

Ich bestätige meine Teilnahme am Präventionsmodul «Augen schützen wie ein Profi».

Datum: _____

Schulungsort: _____

Schulungsleiter: _____

Unternehmen: _____

Teilnehmende

Name	Vorname	Unterschrift

Suva
Arbeitssicherheit
Bereich Bau
Postfach, 6002 Luzern

Auskünfte
Tel. 041 419 58 51
kundendienst@suva.ch

S100092